

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul RENEVEY

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ex-Interne à l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Né à Tonnerre (Yonne), le 14 janvier 1885

TRAITEMENT

DES

ABCÈS PÉRI-AMYGDALIENS

Président : M. P. RECLUS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale.		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLEI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la pensée, dans ce travail, d'ajouter quoi que ce soit aux nombreuses recherches qui ont été faites au sujet des abcès péri-amygdaliens soit sur leur pathogénie, soit sur leur siège, soit même sur leur traitement.

Mais nous avons remarqué combien, en présence d'un cas de ce genre, on prescrivait d'une façon banale le gargarisme, ou toute autre médication analogue, destinée, en attendant l'ouverture spontanée de la collection, à faire patienter le malade ; c'est la plupart du temps pour céder à sa pusillanimité, mais parfois aussi pour éviter une intervention considérée, à tort d'ailleurs, comme pouvant causer des accidents graves.

Il nous a donc paru intéressant d'établir nettement les indications que comporte le traitement de cette affection, d'exposer les divers procédés opératoires employés jusqu'à présent à l'ouverture de ce genre de phlegmon, et de dire enfin, autant que nous le permet notre faible expérience, lequel parmi eux nous a paru se rapprocher le plus de la perfection.

Avant d'aborder cette courte étude, nous avons

à remplir un devoir, celui de remercier tous les maîtres qui, tant à l'école de Dijon que dans les hôpitaux de Paris et à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous ont guidé de leurs conseils éclairés, et fait profiter de leur grande érudition.

Nos remerciements iront aussi à MM. les D^{rs} Hautant, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, Blanluet, Combier, à l'obligeance desquels nous devons d'avoir purecueillir nos observations.

M. le professeur Reclus nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse : qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Traitement des Abscesses Péri-amygdaliens

HISTORIQUE

Le phlegmon péri-amygdalien a été pendant fort longtemps confondu avec le phlegmon amygdalien proprement dit et avec tout un groupe d'affections pharyngées auxquelles s'appliquaient les dénominations les plus diverses : synanches, squinancies, esquinancies, angine phlegmoneuse, etc.

Ces diverses affections étaient connues aux temps les plus reculés, aussi retrouve-t-on, s'y rapportant, dans la littérature médicale une thérapeutique riche et variée.

Dès la période gréco-romaine existent, à côté de prescriptions qui semblent insensées et sont parfois répugnantes, des médications rationnelles qui ont subsisté à travers les âges et qui ont prévalu successivement les unes ou les autres suivant les idées pathogéniques, parfois aussi la mode du moment.

Les gargarismes sont fort nombreux et divisés en

lénitifs (décoction d'orge), astringents (tannin, alun, écorce de grenadier), maturatifs, cicatrisants. Hippocrate, Galien fournissent des recettes innombrables de chacune de ces différentes sortes et en font une véritable débauche.

Les collutoires tiennent aussi une grande place : dans leur composition entre souvent le fiel de bœuf, le suc de coloquinte, de nitre. Les insufflations de poudres médicamenteuses, les fumigations sont aussi très employées (Archigène).

Les enveloppements chauds (compresses, cataplasmes) sont déjà recommandés par Hippocrate. Celse, Oribase recourent à la révulsion pratiquée au moyen de ventouses ou de sinapismes dont il existe déjà une grande variété.

Sous le nom d'évacuants sont préconisés les purgatifs, les vomitifs (sels de cuivre surtout).

La saignée, dès ce moment, règne souvent en maîtresse. Asclépiade, pour « faire écouler le phlegme contenu dans les veines » pratiquait des scarifications du cou ou des piqûres des veines ranines, souvent aussi la saignée générale, il n'est pas jusqu'au massage des parties enflammées qui n'ait été préconisé (Oribase).

Mais dans tout cela point de tentative de traitement chirurgical ; les médecins, à cette époque, sont thérapeutes avant tout : ils craignent d'intervenir à l'aveuglette dans une région dangereuse, et la méthode expectative triomphe sauf dans les cas désespérés où, le malade étouffant, on dilatait de force les par-

ties tuméfiées avec une tige de bois, pour placer ensuite une canule dans l'isthme du gosier.

Paul d'Egine le premier, au viii^e siècle, ébauche un traitement chirurgical et conseille d'évacuer le pus des « aposthèmes tonsillaires ».

Avec le moyen âge fleurissent les pratiques populaires tenant de l'empirisme et surtout de la superstition : c'est le temps où les sorciers, très écoutés, guérissent par des incantations, des amulettes. La thérapeutique scientifique n'en tient pas moins une grande place, mais il n'y a pas de traitements médicaux originaux. La saignée est remise en honneur ; les insufflations, collutoires, gargarismes, continuent à jouir d'une grande faveur.

Mais à partir de ce moment, le traitement chirurgical semble prendre une place plus importante : Brunus, Rolando, et avec eux toute l'école italienne, recommandent d'inciser les collections amygdaliennes, ou de s'efforcer de les rompre par des moyens appropriés : faire avaler au malade de gros morceaux de pain, perforer la poche avec l'ongle ou un morceau de bois pointu.

Plus tard, c'est Ethmüller qui conseille de les atteindre avec le scalpel ; enfin, au xviii^e siècle, à côté des prescriptions médicales, qui restent les mêmes, s'affirme une technique de l'intervention chirurgicale.

Vicq d'Azyr conseille une lancette longue et droite dont le tranchant est garni presque jusqu'au bout avec une bandelette de diachylon ; plus tard encore

J.-L. Petit imagine un instrument à lame cachée pour ne pas épouvanter ses malades par la vue du bistouri.

On voit par ce court résumé que l'arsenal si compliqué des pères de la médecine s'est, avec le temps, considérablement simplifié, et qu'en face du traitement médical s'est dressée l'intervention chirurgicale dont les adeptes deviennent de plus en plus nombreux.

Nous allons donc étudier maintenant les raisons que donnent les partisans de l'une et de l'autre école.

QUEL DOIT ÊTRE LE TRAITEMENT ?

« L'angine phlegmoneuse, dit Trousseau, est une des maladies qui font la gloire et le désespoir de toutes les médications : leur désespoir, parce que la médecine ne prévaut jamais contre elles en ce sens que nous sommes impuissants pour les enrayer dans leur marche, pour en abréger la durée ; leur gloire, parce qu'elles guérissent d'elles-mêmes, quoi que nous fassions, et qu'on est tenté de rapporter à cette médication tout l'honneur de la cure. »

S'appliquant à l'angine phlegmoneuse, cette affirmation comporte peut-être une part de vérité, mais il ne saurait en être de même pour l'affection qui nous occupe.

En effet, l'abcès péri-amygdalien possède à l'heure actuelle une personnalité bien nette, et sa symptomatologie comporte des indications précises.

Il est précédé par une courte période de prodromes (malaise, anorexie, sécheresse de la gorge) qui peut passer inaperçue, mais qui pourtant fait rare-

ment défaut. Puis, dans les vingt-quatre heures qui suivent, brusquement, apparaissent des symptômes plus nettement pathognomoniques, annonçant la suppuration prochaine : c'est la fièvre accompagnée de nausées, la dysphonie, la dysphagie si prononcée dans certains cas que le malade laisse écouler la salive qu'il ne peut avaler. Le malade immobilise la tête et s'il veut la mouvoir l'accompagne de mouvements de tout le tronc. L'écartement des mâchoires devient difficile à cause du trismus des masseters.

A l'examen, que ce dernier symptôme rend très rarement impossible, on aperçoit le voile œdématié ainsi que l'un ou l'autre des piliers suivant les formes ; l'amygdale, dont le volume peut ne pas être sensiblement augmenté, est repoussée sur la ligne médiane et repousse elle-même la luette : tous ces tissus sont rouges, lie de vin.

Au bout de quelques jours, dans la plupart des cas, ces symptômes s'atténuent, la collection purulente est formée ; elle arrive peu à peu à la surface de la muqueuse, et, à l'occasion d'un effort, d'une quinte de toux, elle s'évacue d'elle-même.

Le tableau change alors : tous ces symptômes rétrocedent et disparaissent rapidement ; ce cycle dure d'ordinaire une dizaine de jours. Mais ce type clinique est loin d'être une règle et nombreuses sont les complications qui peuvent survenir au cours de cette affection.

Il semble qu'on puisse retirer de cet aperçu deux indications principales :

Pendant la première période, qui est courte, un élément domine et attire l'attention : c'est la douleur qu'on devra essayer de calmer par tous les moyens : ce sera la partie médicale du traitement.

Dans la seconde phase de la maladie, on est frappé par la brusque amélioration qui suit l'ouverture de l'abcès. Dès lors l'indication semble formelle : on devra, aussitôt le diagnostic assuré, évacuer la collection pour procurer le plus vite possible au malade le soulagement que la nature ferait attendre plus longtemps.

Pourtant, l'accord est loin d'exister sur la conduite à tenir et nombreux sont encore à l'heure actuelle les abstentionnistes qui se guident sur les raisons suivantes.

On s'expose en intervenant, disent-ils, à ne pas rencontrer le pus qui souvent est profond ; cette déconvenue peut être préjudiciable au médecin à qui le malade pardonnera difficilement d'avoir ajouté inutilement une souffrance à celle qu'il endure.

Ils redoutent, en second lieu, d'aborder une région vasculaire; enfin ils s'appuient sur la tendance habituelle que présente ce genre d'abcès vers la guérison.

Il ne nous semble pas qu'on doive s'arrêter à ces objections, et si au début nous admettons et nous conseillons le traitement médical, nous ne saurions

trop préconiser par la suite le traitement chirurgical qui semble utile et même nécessaire.

La ponction blanche tient la plupart du temps à une faute de technique ; elle n'est jamais nuisible puisque en décongestionnant la région enflammée elle amène un soulagement et qu'elle constitue une amorce au chemin que suivra le pus à travers les tissus.

Les dangers de l'hémorragie ne sont-ils pas, sinon illusoires, du moins très exagérés ?

Les gros vaisseaux sont situés en dehors du pharynx, dans l'espace rétro-stylien qui, ainsi que nous aurons occasion de le dire, n'est jamais le siège de l'abcès péri-amygdalien. Si la collection purulente, d'origine péri-amygdalienne, a fusé dans cet espace, il s'agit d'un cas abandonné à lui-même, et compliqué de ce fait.

La palatine ascendante, située dans l'espace sous-parotidien antérieur pourrait plutôt être incriminée ; mais en se conformant à une technique bien réglée sa blessure est exceptionnelle.

Les hémorragies signalées au cours des abcès péri-amygdaliens trouvent leur explication beaucoup plus dans l'ulcération des vaisseaux par les fusées purulentes que dans leur blessure par l'instrument du chirurgien.

Enfin il est incontestable que beaucoup d'abcès péri-tonsillaires guérissent par ouverture spontanée : mais au bout de combien de temps ! Quelquefois dix, douze jours, et pendant tout ce temps, le malade

endure des souffrances que pourrait lui épargner une courte intervention.

Dans certains cas, aussi, les phlegmons péri-tonsillaires abandonnés à leur évolution spontanée amènent les pires catastrophes.

S'agit-il d'un malade chétif, déprimé par un assaut antérieur, il lui faudra prolonger inutilement une lutte contre une affection dont il ne pourra parfois pas faire les frais ?

En général, la collection purulente reste localisée dans le tissu cellulaire péri-tonsillaire ; mais par l'espace préstylien (qu'il occupe, d'après certains auteurs), elle peut fuser en dehors du pharynx : l'infection, par voie lymphatique ou sanguine, peut se propager ; c'est ainsi qu'on a observé des phlébites des veines jugulaires, des thromboses des sinus caverneux (Brindel, Vergely). Les fusées purulentes, si elles atteignent l'espace retro-stylien, peuvent suivre la gaine des gros vaisseaux, les ulcérer ; enfin il faut encore redouter les septicémies généralisées dont on a rapporté plusieurs observations.

Nous voyons donc que l'abstention n'est pas permise, et la loi qui veut que toute collection purulente soit ouverte quel qu'en soit le siège est vraie une fois de plus.

Aussi repèterons-nous que le traitement de tout abcès péri-amygdalien comporte deux parties bien distinctes dictées par la symptomatologie et la marche de cette affection :

La première, médicale, tendra à l'enrayer si tant

est que ce soit possible, et surtout à calmer la douleur et la dysphagie ;

La seconde, chirurgicale, ouvrira l'abcès, et en l'évacuant évitera les complications.

Il ne restera plus ensuite au médecin qu'à prévenir les récidives si fréquentes : c'est ce qui constituera la dernière partie du traitement.

TRAITEMENT MÉDICAL

Il serait aussi long que fastidieux d'entreprendre l'énumération des innombrables médications préconisées à l'heure actuelle contre l'affection qui nous occupe. Nous voulons seulement, dans une revue rapide indiquer celles qui sont à éviter, celles qui, au contraire, semblent mériter une place dans la thérapeutique moderne.

Certains médecins ont cherché un traitement abortif ; c'est dans ce but qu'on emploie le badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent au dixième, avec la glycérine gaïacolée au quart.

Liégeois donne comme efficace le chlorure de zinc au vingtième. Fox recommande l'application d'une forte solution d'hydrochlorate de cocaïne qui, d'après lui, empêche la suppuration de se produire. Enfin Monari conseille le salicylate de soude.

Mais tous ces essais de traitement abortif n'ont pas donné jusqu'à présent les résultats qu'on était en droit d'en attendre. Il faudrait pour en éprouver l'efficacité que le malade vienne trouver le médecin à la période prodromique, ou dans les premières vingt-quatre heures, ce qui ne se produit guère que chez un sujet prévenu par des accidents antérieurs.

On doit donc surtout s'attacher à répondre à l'indication dont nous avons parlé : atténuer la douleur et la dysphagie.

Les émissions sanguines générales, les sangsues ne méritent pas de retenir notre attention ; les vomitifs doivent être aussi abandonnés.

Quant aux collutoires et aux gargarismes, on leur réserve encore une place, et pourtant leur efficacité est bien douteuse : les substances qui les composent agissent mal sur les tissus enflammés, encore sont-elles rapidement entraînées par la salivation exagérée.

Entre les mains de Gougenheim, le salol paraît avoir donné des résultats appréciables : d'après cet auteur son administration aurait pour résultat constant l'amendement rapide de la douleur et de la dysphagie, l'abaissement de la température ; son action serait nulle sur la suppuration.

Gougenheim fixe chez l'adulte la dose moyenne à 4 grammes, et continue son administration pendant deux jours. Il le donne chez les enfants (à partir de dix ans) à la dose de 2 grammes, et en émulsion dans un julep.

Jonathan Wright en Amérique est arrivé aux mêmes conclusions, et Saint-Philippe va jusqu'à prêter à ce médicament une action abortive.

Laurens prescrit souvent des siphonnages à l'eau de Seltz dans la gorge, répétés de façon à donner une sensation de fraîcheur et d'acidité qui éteint un peu la soif ardente dont se plaint constamment le

malade. Ils dissolvent en outre les sécrétions et les mucosités abondantes qui remplissent toute l'arrière gorge.

A côté de ce moyen dont on ne saurait nier la valeur, se place un agent précieux couramment employé : le froid. Les réfrigérants sont efficaces en effet sous toutes les formes : compresses glacées autour du cou, fréquemment renouvelées ; ingestion de petits fragments de glace pilée ; liquides glacés.

Mais les rémissions qui en résultent sont plus apparentes que réelles : la vaso-constriction est passagère et peut être suffisante pour amener l'apaisement des symptômes douloureux ; mais à cette action bienfaisante succède trop rapidement la réaction vaso-dilatatrice qui exagère les phénomènes un moment atténués.

Aussi préférons-nous la chaleur dont l'action calmante est aussi certaine et plus durable.

Les compresses chaudes, les boissons chaudes seront donc recommandées, et la base du traitement devra consister en irrigations abondantes, telles que les a préconisées Ripault et dont il donne la technique suivante : « Celles-ci se pratiquent avec l'irrigateur ordinaire, ou un siphon de Weber adapté à un récipient suffisamment élevé. L'embout est introduit entre les dents et porté assez profondément au voisinage de la région malade pour que le dos de la langue ne vienne pas mettre obstacle à l'action bienfaisante du jet. La langue pourra au besoin être maintenue légèrement avec le dos d'une cuillère,

mais avec un peu d'habitude ou arrive vite à un mode opératoire satisfaisant.

« Le liquide doit être aussi chaud que possible ; la quantité doit être de 1 à 2 litres par irrigation au moins, le nombre des irrigations aussi considérable que possible d'autre part.

« Le liquide employé, l'addition de substances calmantes (opium, belladone) n'a qu'une importance accessoire : c'est le lavage abondant, et le lavage à chaud qui soulage le patient et lui fait souvent réclamer lui-même son traitement. Rappelons ici ce fait que le jet doit à tout prix éviter d'être violent. »

C'est donc cette pratique que nous recommandons avant tout : elle est toujours très bien acceptée, et ses résultats sont fidèles.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Telle est donc la conduite à tenir lorsque débute un phlegmon péri-amygdalien ; mais bien souvent le médecin n'est consulté que plusieurs jours après le début de l'affection. Le traitement médical doit alors céder le pas au traitement chirurgical, il importe de ne pas s'attarder, et de délivrer le malade des dangers auxquels il est exposé.

I. — OU DOIT-ON INTERVENIR

Mais, avant toute chose, il convient de savoir où devra porter l'intervention : si pendant longtemps on a craint d'aborder les collections purulentes dans cette région, c'est que l'on ignorait quel était leur siège exact.

Arsimoles, dans sa thèse inaugurale, indique trois théories différentes sur le siège anatomique des abcès péri-tonsillaires :

1^o Dans la première, on reconnaît que le phlegmon intéresse non pas la tonsille elle-même, mais le tissu cellulaire lâche qui la sépare de la paroi propre du pharynx.

Verneuil dit à ce propos : « L'amygdalite phlegmo-neuse serait mieux désignée par le nom de phlegmon péri-amygdalien. Le phlegmon en effet n'envahit pas le parenchyme de l'amygdale elle-même, mais il siège dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale. L'amygdale n'adhère que d'une façon très lâche, très peu intime, à la loge qui la renferme ; en effet, à chaque mouvement de déglutition l'amygdale est mise en mouvement et se balance, très mobile, dans le fond de la cavité buccale. Sous l'influence de ces déplacements continuels de la masse glandulaire, le tissu conjonctif qui la retient du côté externe devient aussi plus lâche ; il se forme une sorte de bourse séreuse virtuelle entre l'amygdale et la paroi de la loge comprise entre les deux piliers du voile du palais ; c'est précisément dans ce tissu cellulaire que se produit l'inflammation, c'est là qu'apparaît le phlegmon. »

Trousseau, Luschka, admirent cette opinion, et à l'heure actuelle encore elle est classique et bon nombre d'auteurs s'y rattachent ;

2° A la suite de recherches anatomiques, Sappey, puis His montrèrent qu'il existe au-dessus de l'extrémité supérieure de l'amygdale une fossette profonde, un diverticule s'enfonçant dans le voile et que His appelle « fossette supra-tonsillaire. »

Après eux Killian décrit un diverticule pharyngien de l'amygdale, situé au-dessus d'elle et qui la prolongerait par un segment caché dans le voile et qu'il appelle la « partie palatine de l'amygdale ».

Examinant la région au moyen d'un miroir, après avoir abaissé la langue et récliné la commissure labiale, il aperçoit, au-dessus de l'amygdale dans la plupart des cas, un orifice large auquel aboutissent des canaux, se dirigeant dans des sens différents, et aboutissant vraisemblablement à des cryptes amygdaliennes aberrantes.

Il en conclut que le pus du phlegmon amygdalien doit se former dans le récessus palatin et tendre à se faire jour par les canaux qui aboutissent dans la fossette sus-amygdalienne ou en avant d'elle ;

3° La troisième théorie a été défendue par Chiari et fait de l'espace maxillo-pharyngien (portion préstylienne) le siège habituel des abcès péri-amygdaliens.

C'est à cette opinion que s'arrête aussi Arsimoles qui, à la suite de Chiari, a tenté de reproduire expérimentalement l'abcès péri-amygdalien.

Dans deux séries de recherches, il fait avec de la gélatine des injections intra-pariétales, en pleine paroi du pharynx, immédiatement en dehors de la tunique fibreuse, et des injections extra-pharyngiennes dans l'espace préstylien.

Il arrive ainsi à montrer que toute injection faite dans la paroi même du pharynx se propage dans l'espace préstylien et il constate en second lieu que les injections dans l'espace préstylien reproduisent fidèlement par leur aspect un abcès péri-amygdalien.

Cette théorie n'a pas encore droit de cité, et l'on croit plus volontiers que cet envahissement ne se produit que secondairement.

D'ailleurs, si ces diverses recherches ont un intérêt anatomo-pathologique incontestable, il convient d'adopter une classification répondant mieux aux différents types cliniques d'abcès péri-amygdaliens, et indiquant, en conséquence, l'endroit où doit porter l'intervention.

Brunel, à ce point de vue, les divise en trois catégories : les abcès péri-amygdaliens antéro-supérieurs ; les abcès péri-amygdaliens postérieurs ; les abcès péri-amygdaliens externes.

La variété *antérieure* débute par une douleur vive, une piquûre de la gorge d'un seul côté ; les mouvements de déglutition sont pénibles. Au deuxième jour la fièvre apparaît avec la céphalée.

Les symptômes objectifs sont les suivants : on aperçoit une tache rouge, occupant le voile et la partie supérieure du pilier antérieur ; puis le lendemain l'amygdale est repoussée en arrière ; le voile est rouge, tuméfié et très rapidement immobilisé, le pilier antérieur est œdématié ainsi que la luette, le trismus est assez accentué (obs. I à VIII).

Les abcès *postérieurs* sont plus rares que les précédents : leurs symptômes fonctionnels rappellent ceux des formes antérieures, mais la déglutition devient tout de suite plus pénible.

Objectivement, le pilier postérieur forme un énorme boudin rappelant assez une vessie natatoire de poisson ; l'amygdale est projetée en avant : le pilier antérieur est intact. Le trismus est en général peu marqué (obs. VIII et IX).

Sous le nom d'abcès péri-amygdaliens *externes*, Brunel décrit des abcès caractérisés par des douleurs très fortes ; les symptômes sont exagérés, le malade délire. Le cou est empâté, les ganglions sous-maxillaires sont volumineux ; l'examen de la gorge est excessivement difficile à cause du trismus : quand il est possible on aperçoit le voile très œdématié ainsi que le pilier antérieur débordé par l'amygdale repoussée en dedans ainsi que la luette (obs. X et XI).

Dans toutes ces formes, il s'agit de phlegmons d'origine amygdalienne.

Il convient de rapprocher de ces abcès péri-amygdaliens proprement dits une dernière variété qu'Escat appelle très exactement abcès *juxta-amygdaliens* et qui sont eux d'origine dentaire (Obs. XIII).

Cet auteur en donne une description très nette. Ces abcès constituent une complication de l'évolution de la dent de sagesse, ou de la carie de la dernière molaire supérieure, et sont très souvent confondus avec les abcès péri-amygdaliens proprement dits.

Ils ont pour siège « l'espace sous-périosté limité en avant par la partie inférieure du bord antérieur tranchant de la branche montante du maxillaire, origine supérieure de la ligne oblique externe de cet os, en arrière par l'insertion maxillaire du muscle ptérygoïdien interne. »

« Ce foyer peut s'étendre en haut jusqu'à l'insertion du muscle temporal à l'apophyse coronoïde, en bas il peut descendre sur la partie sous mylo-hyoïdienne

de la face interne du corps du maxillaire. On s'explique qu'après avoir contourné le bord inférieur de cet os, il puisse venir se faire jour dans la région sous-angulo-maxillaire, et pointer sous la peau de cette région. »

La symptomatologie se rapproche de celle de la période d'état des collections péri-tonsillaires ; elle en diffère pourtant par certains points : le trismus précoce irréductible, les douleurs spontanées irradiées dans le maxillaire et dans la langue, l'empâtement rétro et sous-angulo-maxillaire, et l'absence d'œdème de la luette.

En pratique, il conviendra donc de distinguer trois points distincts sur lesquels portera l'intervention suivant les variétés.

Dans les abcès péri-amygdaliens antéro-supérieurs et externes : le pilier antérieur et la fossette supra-tonsillaire.

Dans les abcès péri-amygdaliens postérieurs : le pilier postérieur ou l'espace qui sépare ce pilier de la partie postérieure de l'amygdale.

Dans les abcès juxta-amygdaliens d'origine dentaire : le bourrelet ptérygo-maxillaire, s'étendant verticalement de la dernière molaire inférieure à la limite postérieure et interne de la dernière molaire supérieure.

Enfin, si la voie bucco-pharyngée, couramment employée, doit être abandonnée (abcès péri-amygdaliens externes, abcès juxta-amygdaliens) on abordera

la collection par la voie externe comme s'il s'agissait de faire une pharyngotomie.

II. — QUAND DOIT-ON INTERVENIR

De même que certains médecins ont tenté de juguler le mal par un traitement abortif, de même certains chirurgiens ont pensé qu'une intervention hâtive empêcherait l'évolution du phlegmon.

Il n'en est rien cependant : par la suite, l'affection, après un arrêt peu marqué, n'en suit pas moins son évolution normale ; aussi croyons-nous que l'on doit pour agir attendre le moment où la collection est constituée.

Ce moment est difficile à préciser : pourtant vers le quatrième jour (Laurens) le cinquième (Escat) on peut, d'après certains signes, affirmer la présence du pus.

Tout d'abord, Escat attache une importance à l'exacerbation rapide en une nuit des phénomènes douloureux. En même temps, l'asymétrie de l'isthme bucco-pharyngien et celle de la voussure du voile s'exagère.

L'œdème augmente, comme au cours de toute suppuration :

dans les abcès antérieurs, c'est l'œdème du pilier antérieur et l'œdème transparent de la luette ;

dans les abcès postérieurs, le pilier postérieur

seul est œdématisé, représentant une longue colonne d'aspect gélatiniforme ;

dans les abcès externes, l'œdème est généralisé et intéresse le voile et les piliers.

La fluctuation enfin doit être recherchée avec soin ; elle est facile à constater quand l'évolution de l'abcès est avancée, mais au début il n'en est plus de même.

On la trouve pourtant si on se conforme aux indications précises qu'a données Lemaistre à ce sujet. « Dès que la collection est formée, il se produit entre les fibres du pilier antérieur un léger écartement à 1/2 centimètre environ du bord interne, au niveau de l'union du tiers supérieur (portion oblique) avec les deux tiers inférieurs (portion verticale).

« Si on applique sur ce point l'extrémité de l'index dans la direction antéro-postérieure, on a la sensation d'une dépression en forme de boutonnière, et si on exerce une pression avec la pulpe du doigt, pour revenir ensuite en arrière, on a la sensation du choc en retour dans bien des cas. »

Ruault reconnaît l'exactitude de ce fait, mais prétend avoir trouvé ce signe plus bas, près de la portion inférieure des piliers, alors que l'exploration des régions situées au-dessus avait été négative.

Enfin on s'accorde à reconnaître, au moment où le pus est collecté, une rémission des symptômes : fièvre, céphalalgie.

III. — COMMENT DOIT-ON INTERVENIR

LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS. — 1° *Procédé au bistouri* (Lemaistre). — Dès qu'on a cherché à ouvrir les abcès péri-tonsillaires, on a songé au bistouri, soit libre, soit entouré sur une partie de sa lame par du diachylon, du coton, etc. C'est à Lemaistre et Chiari que revient le mérite d'avoir réglé ce procédé, et d'en avoir donné la technique précise.

Après avoir badigeonné la région avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième, Lemaistre recommande de faire l'incision au niveau de la boutonnière dont il a été parlé, c'est-à-dire en dehors du bord libre du pilier antérieur, et au niveau de son tiers supérieur. Lermoyez donne un autre point de repère et conseille l'incision vers le milieu d'une ligne qui unit la base de la luette à la dent de sagesse supérieure.

Quel que soit le point choisi, et ils sont en tous cas bien rapprochés l'un de l'autre, il faut faire une incision verticale, d'avant en arrière, parallèlement au bord interne du pilier antérieur. Il convient même de diriger la pointe légèrement en dedans.

Dans ces conditions, nul danger d'atteindre les vaisseaux, aussi peut-on aller sans crainte, et enfoncer sa lame de 2 centimètres ainsi que le recommandent Lemaistre et Escat.

On arrive ainsi presque toujours sur la collection purulente.

D'ailleurs, dans les cas où à cette profondeur on n'a pas rencontré le pus, on peut lâcher le bistouri pour prendre la sonde cannelée avec laquelle on dilacère facilement les tissus infiltrés jusqu'au foyer de l'abcès.

S'il s'agit d'un abcès postérieur, la technique différera peu ; on abordera directement le pilier postérieur au niveau de sa partie médiane où la poche est généralement le plus tendue ; on aura soin ici plus encore que dans le cas précédent de diriger le tranchant du bistouri directement d'avant en arrière, et même un peu en dedans, pour éviter la zone dangereuse de l'espace rétrostylien. Mais ici, il n'est plus nécessaire d'enfoncer aussi profondément la lame : il suffit généralement de 1 centimètre de profondeur d'incision pour voir apparaître le pus.

L'ouverture des abcès juxta-amygdaliens se fera de la même façon, dans ce cas l'incision est simple, il n'y a aucun organe dangereux à éviter.

Mais dans tous les cas il faut, une fois la ponction faite, une fois que la pointe de l'instrument a atteint la poche purulente, agrandir l'ouverture ainsi pratiquée en relevant le manche du bistouri, prolonger la section des tissus à la partie inférieure sur une longueur de 1 centimètre environ.

On peut même, comme le veut Laurens, introduire une pince hémostatique entre les lèvres de l'incision et la retirer après en avoir écarté les mors.

Brieg lui aussi a recours à la pince pour atteindre

l'abcès, et la technique qu'il indique est un peu plus compliquée.

Il commence par s'assurer par une seringue à aspiration de l'endroit précis où se trouve le pus ; puis il pratique une incision tout à fait superficielle par laquelle il introduit une pince à forcipressure. Par un mouvement de rotation il enfonce progressivement cet instrument et crée au pus une issue large en écartant les branches de la pince au moment de la retirer.

Barth emploie un procédé à peu près semblable, mais pour déterminer le siège du pus il se contente de promener une sonde cannelée sur les tissus atteints ; il incise au point où la douleur est le plus exquise.

Enfin Leland rappelle un moyen très ancien d'ouvrir les abcès péri-amygdaliens, et qui, à son sens, a été abandonné sans raisons : il consiste à pratiquer une longue incision verticale dans l'amygdale même et à examiner ensuite avec le doigt, à travers cette incision, les collections purulentes qu'on peut alors ponctionner.

2° *Procédé au galvano-cautère* (Moure). — Le procédé de Moure de Bordeaux consiste à remplacer le bistouri par le galvano-cautère, et voici comment il conseille de procéder :

« On anesthésie d'abord la région avec une solution de cocaïne au cinquième, ou avec le liquide de Bonain (chlorhydrate de cocaïne, menthol, acide

phénique : ââ) appliqué sur la surface préalablement séchée avec un peu d'ouate hydrophile.

« Le point où il faut agir est situé à la partie antéro-supérieure de la loge amygdalienne, à 1 centimètre ou 2 en dehors du bord interne du pilier antérieur, et au-dessous de la fossette sus-amygdalienne. On plonge la lame du galvano-cautère non seulement d'avant et arrière comme le recommande Escat, mais aussi de dedans en dehors, c'est-à-dire vers la paroi externe de la loge.

« On traverse ainsi le voile dans toute son épaisseur (2 centimètres), puis on pousse plus profondément dans le tissu péri-amygdalien comme si on voulait traverser la loge même. Il est rare que dans ces conditions on ne donne pas issue à une collection purulente. »

Dans le cas où la pochè ne serait pas atteinte par cette manœuvre, l'auteur conseille d'abandonner le galvano-cautère et de prendre la sonde cannelée pour rompre les dernières barrières.

En présence d'un abcès péri-amygdalien postérieur Moure procède de la façon suivante : il laisse de côté le voile et l'amygdale et pénètre immédiatement en arrière de cette glande en allant d'avant en arrière, et obliquement vers la région externe, à la hauteur du tiers supérieur de l'amygdale, et sur une profondeur de $1/2$ centimètre à 1 centimètre.

Dans les formes externes « on traverse, dit-il, l'épaisseur de l'amygdale vers le tiers supérieur, puis dirigeant le couteau galvanique obliquement

d'avant en arrière et de dedans en dehors, on va vers la paroi externe jusqu'au fond de la loge » et il conseille de pénétrer ainsi jusqu'à 2 cm. 1/2 de profondeur, quitte à se servir d'une sonde cannelée si on n'est pas arrivé ainsi jusqu'à la collection.

Pour les abcès juxta-amygdaliens, il suffira d'enfoncer la pointe du galvano à l'endroit qui a été indiqué et d'élargir l'ouverture à la partie inférieure ;

3° *Procédé par discision* (Ruault, Killian). — Nous arrivons à un autre procédé, celui de Ruault, tout à fait différent des précédents.

Ruault fait remarquer que l'ouverture spontanée de ces abcès péri-amygdaliens ne se fait que bien rarement à travers le pilier, mais bien entre celui-ci et la tonsille, au niveau de la partie supérieure de l'amygdale, quelquefois aussi à travers l'amygdale. Il est donc inutile d'après lui d'inciser le pilier, et, puisque le pus tend à se faire jour entre le pilier et l'amygdale, c'est là qu'il conviendra d'aller au-devant de lui.

Donc il faut, pour cette opération, abandonner le bistouri ordinaire avec lequel on ne saurait exécuter cette manœuvre, et se servir d'un stylet rigide construit par Ruault lui-même, dont l'extrémité mousse est coudée à angle droit.

« On introduit de haut en bas, dit Ruault, l'extrémité de l'instrument au niveau de l'angle antérieur de la fossette sus-amygdalienne, et on le pousse entre le pilier et la tonsille. On tire ensuite à soi obliquement en dedans de façon à détacher l'amyg-

dale de la face postérieure du pilier où presque toujours elle est soudée, et lorsque ces adhérences ont été libérées on contourne la région antéro-externe de la glande avec le crochet, en dissociant le tissu cellulaire de façon à atteindre le foyer purulent. Cette dernière partie n'offre aucune difficulté, tandis que la libération des adhérences de l'amygdale avec la face profonde du pilier est assez pénible. »

Plus tard, Ruault, modifiant un peu sa technique, introduit le stylet de bas en haut.

Lorsqu'il s'agit d'abcès postérieurs, la marche à suivre est un peu changée : il suffit de passer le crochet en arrière de l'amygdale, entre sa face postérieure et la face antérieure du pilier postérieur entre lesquelles les adhérences sont bien moins intimes.

Killian, à la suite de ses recherches sur la fossette sus-amygdalienne, arrive à une opinion peu différente. Le pus, d'après lui, ainsi que nous l'avons vu, siège la plupart du temps dans la portion palatine de l'amygdale, et son issue s'effectue par les canaux dont il a noté l'ouverture dans la fossette sus-amygdalienne. C'est donc à cet endroit qu'il ouvrira, au moyen d'une sonde introduite par cette voie jusqu'au niveau de l'abcès.

Pour pénétrer il faut pousser la sonde avec une certaine force qui varie suivant le degré de résistance des tissus enflammés : généralement une faible pression est suffisante.

Aussitôt qu'on est arrivé au niveau de la poche, on remplace la sonde par une pince fermée, on dilate ensuite le trajet en ouvrant les branches de la pince qu'on retire peu à peu.

Ce procédé comme on le voit s'applique aux formes antéro-supérieures et externes des abcès péri-amygdaliens (mais ces deux variétés, la première surtout, constituent la plupart des cas).

Le procédé de Ruault peut s'appliquer aussi aux formes postérieures ; mais pas plus l'un que l'autre ne saurait être employé dans les abcès juxta-amygdaliens dont nous avons parlé, et sur l'origine dentaire desquels on est absolument fixé.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS ; LEQUEL DOIT-ON CHOISIR

Sur quel procédé ferons-nous porter nos préférences ?

Le procédé de Lemaistre présente de nombreux avantages : il exige en effet une instrumentation des plus simples, puisqu'il suffit d'un bistouri. Entre les mains d'un opérateur habile, la rapidité d'exécution assure au patient un minimum de douleur, enfin la voie ouverte au pus est suffisamment large.

On fait cependant certains reproches à la méthode : nous ne parlerons pas de la ponction blanche qui est due le plus souvent à un défaut de technique : d'ailleurs nous avons vu que Lemaistre conseille

d'user d'une sonde cannelée pour rompre les dernières barrières.

Au moment de l'incision il se produit toujours un écoulement de sang qui peut être gênant ; on en vient facilement à bout, en tamponnant avec un peu d'ouate imbibée d'eau oxygénée par exemple. Quant aux hémorragies plus graves, mortelles même, attribuées au bistouri, elles n'ont été signalées que dans quelques observations ; elles se sont surtout produites dans des abcès compliqués, ayant fusé dans l'espace maxillo-pharyngien, et l'on est en droit d'incriminer, moins le tranchant du bistouri que l'état des tuniques vasculaires altérées par la collection purulente.

Le seul reproche mérité qu'on puisse retenir c'est la rapidité avec laquelle se referment les lèvres de l'incision. De cette façon, il arrive que la collection incomplètement évacuée se forme à nouveau. Mais on peut facilement, et on doit parer à cet inconvénient en introduisant un stylet entre les lèvres de l'incision chaque jour, ou au bout de deux jours jusqu'à complète évacuation du pus. Cette manœuvre peut être désagréable pour le malade, mais elle n'est jamais douloureuse (obs. VIII).

Les méthodes de Brieg, Barth, ne sont que des complications du procédé de Lemaistre ; elles sont longues ; lorsqu'on les emploie dès le début, la dilacération des tissus est douloureuse, et si on attend plus longtemps, on ne devancera plus de beaucoup l'ouverture spontanée qui doit délivrer le malade.

Ces auteurs prétendent, par l'emploi de la pince, éviter les hémorragies : nous avons déjà dit qu'elles étaient exceptionnelles, et en second lieu, si l'état des tuniques vasculaires doit entrer en ligne de compte, elles ne seraient pas plus respectées par la pince que par le bistouri.

Le procédé de Moure est très séduisant : l'opération est courte, l'asepsie parfaite, la brèche est large.

Elle est bien tolérée sur le moment par le patient, mais la brûlure laisse une sensation pénible qui persiste pendant quelque temps, parfois un ou deux jours ; l'escarre qu'elle produit ne s'élimine que lentement, retardant un peu la guérison complète, et au moment de cette élimination peut se produire une hémorragie secondaire ainsi que le prouve une des observations de la thèse de Brunel (obs. X).

Ce procédé exige en outre une instrumentation complexe que le praticien de campagne ne saurait avoir à sa disposition : c'est pour cette raison une méthode praticable presque uniquement par les spécialistes.

Il ne faut pas songer à remplacer le galvano par le thermocautère : on ajouterait ainsi aux petits inconvénients que nous avons signalés le danger des brûlures auquel ne manquerait pas de s'exposer le malade par ses mouvements intempestifs.

La discision de Ruault a fait de nombreux adeptes : Lermoyez dans une des réunions de la Société de laryngologie cite le cas d'un malade,

entré à l'hôpital, porteur d'un abcès péri-amygdalien du type postérieur. L'incision n'ayant ramené que quelques gouttes de pus, il introduisit un crochet coupant entre l'amygdale et le pilier postérieur après cocaïnisation, et discisant profondément, il pénétra dans une vaste poche d'où sortit une grande cuillerée à café de pus fétide. Le malade déclara que la discision au crochet lui était moins pénible que l'incision du pilier au bistouri.

Voilà donc un procédé qui semble digne d'être retenu ; il exige un minimum d'instrumentation, il est très simple et n'expose à aucun des dangers qui ont été signalés à propos des autres méthodes.

On n'a pas été pourtant sans lui trouver des inconvénients : Arsimoles, lui préfère le bistouri ; la discision, à son avis, s'appliquerait avec succès aux abcès superficiels ; dès que le pus est profond, cette méthode devient infidèle et exige une certaine habileté opératoire.

Cet auteur appuie ses assertions sur des observations au cours desquelles le Dr Escat, bien que dirigeant son stylet tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut, n'a pu évacuer la collection.

Mais arrivons à la méthode préconisée par Killian ; c'est elle, à notre avis, qui répond le mieux aux différentes indications :

On a toujours sous la main une sonde ou un stylet et une pince hémostatique.

On peut intervenir dès le début ; on connaît en effet le point sur lequel on doit agir, les tissus se

laissent facilement dissocier, et la douleur, de l'avis même des malades qui ont subi ce traitement, n'est pas exagérée.

Quant à la technique, elle est peu compliquée : c'est en somme un simple sondage, elle consiste à introduire en arrière du pilier antérieur, à sa partie supérieure, une sonde que l'on pousse en haut dans la fossette sus-amygdalienne ; encore dans la pratique est-il bien souvent inutile de frayer le chemin à la sonde ; on peut d'emblée pénétrer avec la pince ; on crée ainsi une large voie au pus, et on supprime de la sorte le clapier que constitue le récessus palatin qui doit le plus souvent être incriminé en cas de récurrence.

C'est par ce moyen qu'on est le moins exposé aux hémorragies aussi redoutées que rares, puisqu'on reste éloigné du trajet des vaisseaux et qu'on emploie un instrument moussé.

C'est enfin une méthode qui s'applique à un grand nombre de cas (obs. I à VII).

Il faut reconnaître cependant qu'on doit l'abandonner dans certaines circonstances :

C'est alors au bistouri qu'iront nos préférences.

L'abcès juxta-amygdalien d'origine dentaire fournit de ce procédé une excellente indication (obs. XIII).

On aura recours à lui dans les formes postérieures, dans le cas où le pus aura envahi en partie ou en totalité l'espace maxillo-pharyngien (obs. XI).

L'infection est propagée dans ce cas par voie lym-

phatique, mais le point de départ siège toujours dans les lésions péri-amygdaliennes.

Dans la loge rétrostylienne se trouvent plusieurs groupes de ganglions et chacun d'eux peut être envahi par l'infection à l'exclusion des autres.

Si l'infection atteint les ganglions du groupe externe, l'abcès aura tendance à venir faire saillie en dehors et à refouler en dedans le paquet vasculo-nerveux.

Si au contraire les ganglions du groupe interne sont pris, les vaisseaux seront repoussés en dehors.

Cette complication est toujours grave : la dysphagie et la dyspnée sont intenses, les phénomènes généraux très marqués.

A l'examen, on voit une tuméfaction intéressant le voile et les deux piliers ; le cou est lui-même tuméfié.

C'est surtout en présence de tels accidents qu'il convient d'intervenir rapidement, et que les complications les plus graves sont à redouter : il s'agit en effet, non plus d'abcès péri-amygdaliens, mais d'abcès latéro-pharyngiens, ou parfois abcès rétro-pharyngiens.

Il sera souvent nécessaire, alors, d'abandonner la voie bucco-pharyngée et d'opérer par voie externe

Cette intervention nécessite l'anesthésie générale, car le pus est profond et on doit aller avec précaution de crainte de léser les gros vaisseaux.

Deux voies s'offrent alors au chirurgien :

La voie prémastoïdienne (incision sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien).

La voie rétro-mastoïdienne (incision sur le bord postérieur du même muscle).

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Une fois le pus évacué, le traitement n'est pas encore complet.

Il convient de prendre des précautions et d'éviter les récidives si fréquentes malgré tout.

Pour atteindre ce résultat, on devra chaque fois que ce sera possible, nettoyer la poche de l'abcès avec des tampons montés imbibés d'eau oxygénée, y faire des attouchements à la teinture d'iode.

Les gargarismes agissent mal : ils ne pénètrent qu'imparfaitement dans les clapiers et les anfractuosités. On doit leur préférer les grands lavages tels que les a pratiqués Bourgeois ; il emploie l'eau oxygénée neutralisée, ou une solution de perborate de soude, et se sert d'une seringue laryngée qu'il introduit dans la fossette sus-amygdalienne et derrière le pli triangulaire de His.

Mais on doit recommander surtout de procéder, entre deux poussées aiguës, à l'extirpation partielle ou totale des amygdales d'où proviennent toujours les récidives.

Botey de Barcelone conseille l'énucléation de l'extrémité supérieure de l'amygdale :

Après cocaïnisation, il libère la moitié supérieure de l'amygdale du pilier et de l'ouverture de la fossette avec un couteau boutonné, en prenant l'amygdale avec des pinces spéciales. Il sectionne ensuite obliquement le tiers supérieur avec une anse galvanique.

Quant à l'amygdalotomie totale elle sera pratiquée suivant une des nombreuses méthodes qui sont employées à l'heure actuelle, et dont la description ne rentre pas dans le cadre de cette étude.

OBSERVATIONS

[Toutes ces observations ont été recueillies à la consultation du service de M. le docteur Lermoyez.]

OBSERVATION I

Abcès péri-amygdalien antéro-supérieur droit

N... Ernest, vingt ans.

Vient à la consultation le 8 mars 1910. Il souffre depuis quatre jours déjà. Il y a de la gêne à la déglutition et de la dysphagie.

Le trismus n'est pas intense et le malade peut ouvrir la bouche suffisamment pour permettre de voir l'amygdale droite refoulée en arrière et en bas.

Le pilier antérieur est œdématié ainsi que la luette, le voile est immobilisé.

Au toucher on sent nettement la boutonnière de Lemaistre, on introduit alors en arrière du pli triangulaire de His, dans la fossette sus-amygdalienne, une pince qui pénètre sans qu'on ait besoin de faire d'effort ; on dilate le trajet et il s'écoule du pus en assez grande quantité.

On fait ensuite un nettoyage avec un tampon imbibé d'eau oxygénée. Le malade se sent soulagé. (Il n'a pas été revu les jours suivants à la consultation.)

OBSERVATION II

Abcès péri-amygdalien droit antéro-supérieur

V... Anna, trente ans.

Cette malade est sujette aux angines ; elle a déjà eu un abcès du même genre il y a quelques mois, abcès qui s'est évacué spontanément au bout d'une dizaine de jours.

Actuellement, elle souffre depuis trois jours seulement.

Dysphagie, trismus modéré. Fièvre.

L'amygdale est rouge, légèrement tuméfiée, et déborde le pilier antérieur qui est œdématié ainsi que le voile et la luette.

Ouverture facile par le procédé de Killian qui donne issue à une petite quantité de pus, lavage à l'eau oxygénée.

OBSERVATION III

Phlegmon péri-amygdalien gauche antéro-supérieur

F... Albertine, trente-deux ans.

La malade souffre depuis plusieurs jours déjà : céphalée, dysphagie, dysphonie.

L'œdème est très accentué, la fluctuation nette.

On pousse facilement la pince dans la fossette sus-amygdaliennne, et sans effort, on donne issue à une cuillerée à café de pus. La malade est immédiatement soulagée.

Elle revient deux jours après à la consultation : nettoyage avec un tampon d'eau oxygénée, puis attouchement à la teinture d'iode.

OBSERVATION IV

Abcès péri-amygdalien antéro-supérieur gauche.

L..., trente-sept ans.

Se présente à l'hôpital pour impossibilité absolue de déglutir les solides, difficulté pour les liquides, douleur à la déglutition.

Trismus, pas de douleur d'oreille quand il essaye d'ouvrir la bouche.

Ceci dure depuis huit jours. Le malade a commencé par avoir un peu d'angine. Deux jours après est venue la douleur à la déglutition, et le lendemain la voix a changé ; elle est nettement bitonale actuellement, et la phonation même est difficile et douloureuse.

Pas de gêne des mouvements de la tête et du cou, mais difficulté d'écarter les mâchoires.

L'amygdale touche la luette qui est repoussée à droite ; elle est enchâtonnée dans les piliers ; l'antérieur bombe en avant ; le gonflement s'étend jusqu'à la joue, à l'extrémité postérieure de la gencive supérieure, et à la dernière molaire inférieure.

Rougeur intense, douleur à la pression directe.

Ganglions des deux côtés à l'angle de la mâchoire, se confondant avec les ganglions sous-maxillaires durs et non douloureux.

On introduit la pince dans la fossette sus-amygdalienne, et on la pousse en haut et légèrement en dehors. On doit faire un effort pour pénétrer jusque dans la poche d'où s'écoule du pus (environ une demi-cuillerée).

On fait un grand lavage avec de l'eau bouillie alcoolisée.

Le lendemain le gonflement a beaucoup diminué, le malade ne souffre pour ainsi dire plus. On lui refait un lavage.

La guérison arrive très rapidement.

OBSERVATION V

Phlegmon péri-amygdalien antéro-supérieur gauche

E... Emmanuel, vingt-cinq ans, vernisseur.

Se plaint surtout de souffrir à la déglutition.

Il a éprouvé il y a une huitaine de jours un malaise, et s'est senti fiévreux.

Le lendemain, difficulté à avaler, picotement dans la gorge surtout à gauche.

Les jours suivants, fièvre, céphalalgie, dysphagie, pas de trismus.

A l'examen, à son arrivée à l'hôpital : voussure au voile, œdème du pilier antérieur qui cache presque complètement l'amygdale.

La luette est déviée à droite : elle est également œdématiée.

On a quelque difficulté à introduire une pince derrière le pilier antérieur, l'amygdale en effet est restée enfouie derrière lui, elle y adhère fortement.

On y arrive cependant, et en poussant l'instrument en haut et en dehors, on pénètre dans une poche d'où s'écoule un flot de pus très épais.

Lavage à l'eau oxygénée.

Le malade n'a pas été revu à la consultation.

OBSERVATION VI

Phlegmon péri-amygdalien gauche antéro-supérieur

B... Germain. La maladie a débuté il y a six jours par un mal de gorge avec sensation de froid, courbature, céphalalgie, anorexie.

Le malade a souffert d'angines répétées auparavant, mais n'a jamais eu d'abcès dans la gorge.

Actuellement, la dysphagie n'est pas très accentuée, le trismus fait défaut.

A l'examen, rougeur de tout le voile, les amygdales sont grosses, l'asymétrie de l'isthme du gosier est très peu marquée.

Pourtant à gauche l'amygdale est refoulée légèrement en arrière et en dedans, le pilier antérieur du même côté est œdématié.

Le procédé de Killian permet d'évacuer seulement un peu de pus.

OBSERVATION VII

Phlegmon péri-amygdalien droit antéro-supérieur

C... Maria, vingt et un an.

Se présente à l'hôpital parce qu'elle peut à peine avaler les liquides et qu'elle souffre constamment depuis deux jours.

Elle avait éprouvé de la gêne à la déglutition déjà vingt-

quatre heures auparavant. Mais c'est depuis douze heures seulement que ces symptômes se sont exagérés, ce qui l'a décidée à venir à la consultation.

Le trismus est modéré. On sent au niveau de la région rétro-angulo-maxillaire quelques ganglions petits et durs.

A l'examen, rougeur diffuse de la partie droite du voile ; œdème du pilier antérieur.

On sent la boutonnière de Lemaistre, sans toutefois qu'il soit possible de percevoir la fluctuation.

L'amygdale, légèrement augmentée de volume, est repoussée en dedans, et repousse la luette ; l'asymétrie de l'isthme bucco-pharyngé est très accentuée.

On aperçoit en arrière de l'amygdale le pilier postérieur qui est intact.

Ponction de la poche en arrière du pilier antérieur, dans la fossette sus-amygdalienne suivant la technique de Killian. On arrive facilement à évacuer le pus et on dilate l'orifice : on fait ensuite un lavage à l'eau oxygénée.

La malade est revue le lendemain.

Tous les symptômes sont très atténués, on refait un lavage à l'eau oxygénée.

OBSERVATION VIII

Abcès péri-amygdalien postérieur droit

P. Joseph, vingt ans.

A souvent eu des angines. Se souvient avoir eu un abcès dans la gorge il y a six ans.

A commencé il y a cinq jours à éprouver de la douleur à la déglutition, et a tout de suite eu beaucoup de difficulté à avaler ses aliments, même liquides.

Il a employé des gargarismes au chlorate de potasse, des fumigations, mais sans résultats.

Au contraire, depuis la veille, il éprouve une céphalée plus violente. Il ne peut plus rien avaler.

On ne constate pas de trismus.

A l'examen, on aperçoit le pilier postérieur très œdématié, boudiné. La luette aussi est œdématiée, et l'œdème s'étend jusqu'à la partie médiane du voile qu'il dépasse même en arrière.

L'amygdale est repoussée en avant et en haut. Elle est adhérente en avant au pilier antérieur qui la recouvre en partie, mais qui n'est pas œdématié,

On pratique une incision au bistouri.

On fait dans le pilier postérieur, à sa partie moyenne, une ponction de 1/2 centimètre de profondeur, et on agrandit en bas l'incision ; elle a ainsi un bon centimètre.

Il s'écoule une petite quantité de sang, d'abord, mélangé avec du pus.

On introduit ensuite un stylet entre les lèvres de l'incision, on lave à l'eau oxygénée.

Le lendemain, la céphalée a disparu, l'œdème est réduit de moitié.

Les lèvres de l'incision sont agglutinées, mais on n'a pas de peine à les écarter avec un stylet. Il s'écoule encore quelques gouttes de pus.

Quatre jours après l'incision, le malade se dit guéri, l'incision est refermée.

OBSERVATION IX (Résumée)

(In thèse de Brunel.)

Abcès péri-amygdalien postérieur

M^{me} X, trente-huit ans, a eu à plusieurs reprises des abcès amygdaliens.

Ressent une douleur localisée du côté gauche qui prend rapidement des proportions considérables, et l'empêche d'avaler.

Elle vient consulter le Dr Moure.

L'examen n'est pas facile à pratiquer, la malade ouvrant la bouche avec assez de difficultés.

On constate : état saburral de la langue, salivation, rougeur de toute la cavité pharyngienne.

Ni le pilier antérieur, ni la luette ne sont œdématiés.

L'amygdale semble sortie de sa loge, elle est repoussée en avant par une sorte de boudin œdémateux occupant le pilier postérieur de ce côté.

La malade refuse ce jour-là l'intervention proposée ; les symptômes ayant encore augmenté, elle l'accepte le lendemain.

Alors (après cocaïnisation) on transfixe l'amygdale à l'aide du couteau galvanique ; cette transfixion ne ramène pas la moindre goutte de pus. On pénètre alors dans le pilier postérieur : on doit employer la sonde cannelée pour arriver jusqu'à la poche d'où s'écoule une petite quantité de pus.

Le lendemain, la malade dit avoir craché beaucoup de pus après l'opération. Les suites ont été normales.

OBSERVATION X (Résumée)

(In thèse de Brunel.)

Abcès péri-amygdalien externe

Antoinette D..., vingt-deux ans, se plaint de la gorge, se sent malade depuis cinq jours.

Douleur à la déglutition, fièvre, céphalée, anorexie.

A l'examen, on est frappé du gonflement du côté gauche du cou. Toute la partie rétro et sous-maxillaire est tuméfiée. Le moindre contact à ce niveau est douloureux. La partie tuméfiée est rénitente, sans aucune fluctuation cependant, et produit le même effet qu'une grosse adénite cervicale.

A l'intérieur, pas de lésion manifeste : les piliers et la luette sont intacts.

Le Dr Moure diagnostique : abcès péri-amygdalien externe, il sectionne l'amygdale en deux avec le galvano-cautère et pénètre ainsi de 2 centimètres, ne trouvant pas la poche, il essaie de la sonde cannelée sans plus de succès.

A peine rentrée, la malade s'aperçoit qu'elle a mauvaise bouche et crache du pus. Elle se gargarise fréquemment, et en vingt-quatre heures les symptômes rétrocedent.

Deux jours après, l'amygdale fendue devient le siège d'une petite hémorragie qui dure une partie de la nuit ; le soir encore la malade crache un peu de sang, et la nuit suivante, elle est reprise d'une nouvelle hémorragie assez abondante qui dure une heure environ, mais qui s'arrête spontanément.

Six jours après la malade se trouve très bien, l'amygdale est encore un peu tuméfiée, mais elle a bien diminué de volume, et les parties brûlées commencent à reprendre leur aspect normal.

Guérison complète neuf jours après l'ouverture de l'abcès.

OBSERVATION XI

(In thèse d'Adrien Moy.)

Abcès de la loge prestylienne

Georges T..., trois ans, entré à l'hôpital le 7 mars 1905.

Ce petit malade est entré à l'hôpital le 7 mars dans un état général très mauvais.

Température : 39°5. Pouls à 130. Dysphagie empêchant même le petit malade d'avaler sa salive qui s'écoule de sa bouche en bavant. Cri et voix nasonnés.

Torticolis très accentué. On remarque du côté de la région cervicale une notable tuméfaction de la région rétro-angulo-maxillaire. Du côté du pharynx, gonflement du pilier antérieur, de l'amygdale qui est refoulée en dedans, gonflement de la moitié droite du voile du palais.

On décide d'opérer sur le champ, et on fait une incision au thermocautère sur le pilier antérieur. Il s'écoule un peu de pus dont on facilite la sortie hors de la bouche en mettant aussitôt l'enfant la tête en bas.

8 mars. — La température n'est plus qu'à 37°8, le pouls à 85. L'enfant crache du pus.

A l'examen de la gorge, on ne voit plus aucune tuméfaction de la région du pilier antérieur.

L'état général devient rapidement meilleur.

20 mars. — L'enfant est remis à ses parents complètement guéri, et l'orifice de l'incision est tout à fait oblitéré.

OBSERVATION XII (Résumée)

(In thèse de Sallard. Paris, 1892.)

*Péri-amygdalite phlegmoneuse à streptocoques
chez un sujet ayant subi l'amygdalectomie*

L... Hector, vingt-cinq ans, palefrenier.

Jamais de maladies graves, mais a été atteint à plusieurs reprises d'amygdalites : c'est pour cette raison qu'on a pratiqué sur lui, il y a trois ans, l'ablation des amygdales. La poussée inflammatoire actuelle est la première qui l'atteint depuis l'opération.

Le malade a été pris le 16 août de malaise, inappétences, difficulté à avaler.

Actuellement le facies est vultueux, la voix nasonnée, le pharynx est uniformément rouge sombre, surtout le pilier antérieur droit du voile du palais qui fait une forte saillie et refoule vers la luette le moignon de l'amygdale correspondante. La luette est elle-même déviée à gauche. La voussure du palais empiète en avant sur la voûte palatine. Au doigt, tumeur élastique, non fluctuante.

Le malade ouvre la bouche sans grand effort. Pas de douleurs à la pression derrière les branches montantes du maxillaire. On

sent dans la région sous-maxillaire droite un ganglion gros comme une fève. Température 39 degrés. Gargarisme avec de l'eau boriquée chaude, 2 grammes de salol.

19 août. — Même état, température 38°8. Le soir 39°6.

Ponction avec un bistouri au milieu de la voussure que présente le pilier antérieur droit : il ne s'écoule que du sang de l'incision.

20 août. — Le gonflement a presque totalement disparu, la température est à 37 degrés ; il ne subsiste plus qu'une légère teinte rouge uniforme de l'isthme du gosier, la déglutition est moins gênée, le ganglion sous-maxillaire droit est très diminué de volume, il n'est plus douloureux.

22 août. — Le malade mange et l'état de sa gorge est presque normal, sauf un peu de rougeur.

OBSERVATION XIII

Abcès juxta-amygdalien à droite

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans.

Elle était malade depuis cinq ou six jours déjà quand elle vint se présenter à la consultation.

Elle se plaignait surtout de gêne de la déglutition, elle avait depuis deux jours un peu de nasonnement. En même temps elle éprouvait de la douleur sous l'angle de la mâchoire, à droite, irradiant jusqu'à l'oreille.

Difficulté pour ouvrir la bouche ; l'ouvre-bouche n'est pourtant pas nécessaire.

A l'examen, on aperçoit, à première vue, le pilier antérieur œdématié, et bombant immédiatement en avant et en dedans du bord antérieur de la branche montante du maxillaire.

L'amygdale est cachée derrière lui en presque totalité.

La luette n'est pas œdématiée.

On croyait tout d'abord à un abcès péri-amygdalien antéro-supérieur.

Mais en regardant plus attentivement on constata de l'empâtement au niveau de la dent de sagesse (qu'on ne voyait pas) au-dessus et en dedans.

La muqueuse empâtée qui revêt la face supérieure de la dent de sagesse est déchiquetée, tomenteuse.

Quelques petits ganglions sous-angulo-maxillaires, mais adénite sans péri-adénite.

On fit un débridement en croix au galvano-cautère du niveau de la dent de sagesse.

Après injection de novocaïne, on fit une incision au bistouri au milieu du bourrelet ptérygo-maxillaire.

Un peu de pus seulement s'écoula.

Lavage à l'eau oxygénée.

Deux jours après, la malade était presque guérie, la gêne à la déglutition avait disparu ainsi que l'œdème.

Elle n'a pas été revue dans la suite.

CONCLUSIONS

1° Aux abcès péri-amygdaliens, mal connus pendant longtemps ont été appliquées les médications les plus diverses.

D'après la symptomatologie de cette affection, le traitement doit remplir les indications suivantes :

- a) Calmer la douleur ;
- b) Evacuer le pus ;
- c) Prévenir les récidives.

Il comportera donc une partie médicale, mais la partie chirurgicale, utile et nécessaire, sera la plus importante, malgré les objections qui aient pu être faites à ce sujet.

2° Le traitement abortif n'a pas jusqu'à présent répondu aux espérances qu'on avait fondées sur lui.

De tous les agents employés pour le traitement palliatif, le meilleur est l'irrigation chaude, abondante et répétée.

3° Dans le traitement chirurgical, l'intervention portera sur trois points différents suivant les variétés d'abcès :

Dans les abcès péri-amygdaliens antéro-supérieurs

et externes : sur le pilier antérieur, la fossette sus-amygdalienne ;

Dans les abcès péri-amygdaliens postérieurs : sur le pilier postérieur ou l'espace qui sépare ce pilier de la partie postérieure de l'amygdale ;

Dans les abcès juxta-amygdaliens : sur le bourrelet ptérygo-maxillaire.

4^o Le moment de l'intervention varie du quatrième au cinquième jour.

Il est indiqué par quatre signes principaux donnés par Escat :

a) Exagération de l'asymétrie de l'isthme bucco-pharyngien et voussure du voile ;

b) Exagération rapide en une nuit des phénomènes douloureux à partir du quatrième jour ;

c) Augmentation de l'œdème, et surtout de l'œdème de la luette ;

d) Le signe de Lemaistre.

5^o Des divers procédés employés jusqu'à présent pour l'ouverture des collections péri-amygdaliennes (*au bistouri*, Lemaistre ; *au galvano-cautère*, Moure ; *par discision*, Ruault, Killian). Le procédé de Killian répond le mieux aux différentes indications, et semble le moins passible des objections qu'on a faites à propos de chacun d'eux : il n'exige pas d'instrumentation spéciale ; sa technique est simple ; il n'est pas douloureux ; il n'expose pas aux hémorragies.

On devra donc l'employer toutes les fois qu'il sera praticable.

On aura recours au bistouri dans les autres cas.

6° Après l'ouverture de l'abcès, on évitera les récidives en désinfectant la poche par des lavages à l'eau oxygénée.

On conseillera, dans l'intervalle des poussées aiguës, l'amygdalotomie partielle ou totale.

Vu : Le Président de la thèse

RECLUS

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Arsimoles.* — La fossette sus-amygdalienne et les abcès péri-amygdaliens. (Recherches sur leur siège anatomique.)
Thèse de Toulouse, 1902.
- Bourgeois.* — Lavage des cryptes amygdaliennes. Archives de laryngologie, 1909.
- Barth.* — Zur Technik der operation der adenoiden vegetationen des Nasenrachenraums und der peritonsillaren Abscesses der Gaumenmandeln. (Deutsche med. Wochenschr., 1899.)
- Botey.* — De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses. Annales des maladies de l'oreille, 1900.
- Brieg.* — Technique de l'opération de l'abcès péri-tonsillaire. Deutsche, med. Wochenschr., 1899.
- Brunel.* — Des abcès de l'amygdale palatine. Thèse de Bordeaux, 1898-1899.
- Chappell.* — Hémorragie par abcès péri-amygdalien. Analyse in Revue hebdom. de laryngologie, 1901.
- Brindel.* — Revue hebdomad. de laryngol., août 1903.
- Charcot et Bouchard.* — Traité de médecine. Abcès péri-amygdaliens (art. de Ruault).
- Chauveau.* — Histoire des maladies du pharynx.
- Chiari.* — Localisation de l'angine phlegmoneuse. Analyse in Revue hebdomadaire de laryng., 1889.

- Escat.* — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.
- Escat.* — Absès juxta amygdaliens d'origine dentaire. Archives de laryngologie, mars 1908.
- Fox.* — Traitement abortif de l'esquinancie, the Lancet, février 1896. Anal. in Annales des maladies de l'oreille, 1896.
- Gougenheim.* — Emploi du salol dans les angines. Revue génér. de clin. et de thérapéut., 1889.
- Gougenheim et Ripault.* — Des absès péri-amygdaliens. Annales des maladies de l'oreille, 1894.
- Killian.* — Zur Behandlung der angina phlegmonosa s. Peritonsillitis abscedens. Münch. med. Wochenschr., 1898.
- Anatomie de l'angle supérieur de l'amygdale palatine, IV^e réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, 1867. Analyse in Revue hebdom. de laryng., 1897.
- Laurens.* — Traitement des absès amygdaliens in chirurgie otorhino-laryngologique.
- Leland.* — L'absès péri-amygdalien. Analyse in Revue hebdom. de laryng., 1899.
- Lemaistre.* — Phlegmon péri-amygdalien. Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, 19^e session. Limoges, 1890.
- Moure.* — Absès amygdaliens et péri-amygdaliens. Diagnostic et traitement. Presse médicale, août 1901.
- Moure.* — De l'ouverture des absès péri-amygdaliens. Journ. de méd. de Bordeaux,
- Moy.* — Thèse. de Paris, 1898. Des absès latéro-pharyngiens chez l'enfant.
- Pagé.* — Bulletin médical de Québec, 1904-1905.
- Ricard.* — Archives internationales de laryngologie. Paris, 1904.
- Ripault.* — Traitement de l'angine phlegmoneuse. Gaz. méd. de Paris, février 1896.

Ruault. — Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens. Mercredi médical, janvier 1893.

Sallard. — Amygdalites aiguës. Thèse de Paris, 1892.

Saint-Philippe. — Communication à la Société de médecine de Bordeaux, juin 1891.

Trousseau. — Angine phlegmoneuse. Leçons de clinique médicale.

Vergely. — Perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse. Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, juin 1886.

Ward. — Deux cas de phlébite septique avec thrombose à la suite d'un abcès pérityphloïque. Analyse in Revue hebdom. de laryngol., 1879.

